

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, nr. 2017-306
(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter en mevrouw J.H. Paulusma-de Waal, arts,
mr. A.M. Wigger, leden en mr. G.A. van de Watering, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 7 december 2015
Ingediend door : Consument,
Tegen : AEGON Schadeverzekering N.V., gevestigd te Den Haag,
verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 16 mei 2017
Aard uitspraak : Niet-bindend advies

Samenvatting

Consument, klusjesman, heeft bij het aangaan van de verzekering in 2007 eerdere rugklachten niet opgegeven. Consument heeft hierna in 2014 in verband met een hernia in zijn rug een beroep op deze verzekering gedaan. Verzekeraar heeft Consument hierna in totaal een uitkering verstrekt van € 17.778,07. Na onderzoek heeft Verzekeraar Consument bericht dat hij bij het aangaan van deze verzekering zijn mededelingsplicht heeft geschonden door geen opgave te doen van de eerdere rugklachten en aangekondigd dat hij de verzekering slechts wenst te continueren met een uitsluitingsclausule voor rugklachten en de persoonsgegevens van Consument opgenomen in de gebeurtenissenadministratie en het interne verwijzingsregister. De Commissie oordeelt dat Consument zich schuldig heeft gemaakt aan schending van zijn precontractuele mededelingsplicht. Opname van de persoonsgegevens van Consument in de daarvoor bestemde gebeurtenissenadministratie voor de duur van 8 jaar is dan ook terecht. Een redelijk handelend verzekeraar zou echter een uitsluitingsclausule hebben opgenomen met een recht op herbeoordeling na vijf jaar. Nu Consument in die periode geen rugklachten heeft ervaren had hij voor de rugklachten uit 2014 een beroep op deze verzekering kunnen doen. Vordering gedeeltelijk toegewezen.

I. Procesverloop

De Commissie beslist met inachtneming van haar Reglement en op basis van de volgende stukken:

- het door Consument ingediende klachtformulier met bijlagen;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- het aanvullende verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de ter zitting door Consument overgelegde en voorgelezen pleitnota;
- de naar aanleiding van het besprokene op de zitting door Verzekeraar genomen akte bij brief van 19 december 2016;
- de verklaring van Consument met diens keuze voor een niet-bindend advies.

De Commissie stelt vast dat Consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. De uitspraak is daardoor niet-bindend.

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 9 december 2016 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument, geboren op 17 maart 1986 en van beroep klusjesman heeft zich in 2004 ziek gemeld bij zijn toenmalige werkgever in verband met een arbeidsconflict. Consument heeft in augustus en september van dat jaar zijn huisarts bezocht die hem daarbij pijnstillers heeft voorgeschreven en hem heeft verwezen naar een fysiotherapeut die Consument in die periode heeft behandeld voor rug/spanningsklachten.
- 2.2 Op 7 mei 2007 heeft Consument bij Verzekeraar een aanvraag ingediend voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering voor ondernemers. Omdat Consument ook een andere verzekering had aangevraagd, werd in dat kader een volledige medische keuring verricht waarbij ook medische informatie is ingewonnen bij de huisarts en specialist van Consument. In het kader van beide aanvragen heeft Consument op 8 mei 2007 twee – qua vraagstelling gelijklopende - gezondheidsverklaringen ingediend en ondertekend.
- 2.3 Op de voorpagina van de gezondheidsverklaring staat de volgende tekst:
(...)
“Invullen van de vragen. Het is zeer belangrijk dat u alle vragen juist en volledig beantwoordt. Als u een vraag met “ja” beantwoordt, moet u ook een toelichting geven.(...) Vermeld al uw klachten, ook als u denkt dat deze niet belangrijk zijn of als u geen arts heeft bezocht. Wanneer u deze gezondheidsverklaring niet juist of onvolledig invult, is er sprake van verzwijging. Dit kan betekenen dat de verzekering vernietigbaar is en dat AEGON een verzoek om premievrijstelling afwijst of een uitkering bij arbeidsongeschiktheid of overlijden weigert.”
(...)
- 2.4 Bij vraag 3 van het formulier staat het volgende:
“Lijdt of heeft u geleden aan een of meer van de volgende aandoeningen, ziekten en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder)? Let op! U moet ook een rubriek aankruisen als u – een huisarts, hulpverlener of arts heeft geraadpleegd.”
(...)
Bij sub I staat vervolgens:
“Aandoeningen van spieren, ledematen of gewrichten(waaronder knie, nek en schouders),bekkeninstabiliteit, reuma (acuut of chronisch), kinderverlamming, kromme rug, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, ischias, RSI.”
(...)
- 2.5 Bij deze vraag heeft Consument het hokje aangekruist en erbij geschreven: “enkel”. Consument heeft ook de bijlage bij vraag 3 ingevuld waarin de enkelklachten en de behandeling daarvan wordt beschreven. Er wordt geen melding gemaakt van andere dan enkelklachten.
- 2.6 De verzekering is vervolgens op 11 mei 2007 tot stand gekomen. Op de verzekering zijn van toepassing de algemene voorwaarden 1387. Op het polisblad zijn dekkingsbeperkende bepalingen opgenomen ten aanzien van de rechter enkel en het gezichtsvermogen.
- 2.7 In verband met een verzoek tot verhoging van de verzekerde bedragen en het laten vervallen van de opgenomen uitsluitingen, heeft Consument opnieuw een gezondheidsverklaring ingevuld en deze op 28 januari 2013 ondertekend.

- 2.8 Verzekeraar heeft in reactie op dit verzoek afwijzend beslist van welk gegeven hij Consument bij brief van 25 maart 2013 in kennis heeft gesteld.
- 2.9 Op en na aandringen van de tussenpersoon van Consument om de kwestie nogmaals op zijn merites te beoordelen, heeft Verzekeraar de aanvraag tot verhoging van de verzekerde bedragen en het laten vervallen van de dekkingsbepalende bepalingen, in het kader van een second opinion, aan een collega van zijn medisch adviseur voorgelegd. Deze concludeerde eveneens tot afwijzing van de aanvraag, welk advies Verzekeraar heeft opgevolgd.
- 2.10 In januari en februari 2014 heeft de tussenpersoon van Consument opnieuw gevraagd of het mogelijk was de verzekerde bedragen op jaarbasis te verhogen naar bijvoorbeeld € 70.000,-. Zijn medisch adviseur heeft Verzekeraar in reactie op dit herhaalde wijzigingsverzoek laten weten dat hij, ook na herbeoordeling van het dossier, niet tot een ander advies kon komen.
- 2.11 Op 1 mei 2014 heeft Consument in verband met arbeidsongeschiktheid als gevolg van een hernia in zijn rug een beroep op deze verzekering gedaan die door Verzekeraar is gehonoreerd totdat Consument zijn werkzaamheden kon hervatten. Een en ander heeft geleid tot een totale uitkering van de kant van Verzekeraar van € 17.778,07.
- 2.12 Bij brief van 13 november 2014 heeft Verzekeraar Consument verzocht om nadere informatie omdat uit zijn dossier gebleken zou zijn dat hij al langer bekend zou zijn met gezondheidsproblemen. In de daarover in dat kader door Consument ingevulde vragenlijst heeft hij aangegeven in september 2004 lage rugklachten en spierpijn te hebben gehad waarbij de rugklachten na enkele behandelingen waren verdwenen.
- 2.13 Bij brief van 18 maart 2015 heeft Verzekeraar Consument bericht dat hij bij het aangaan van deze verzekering zijn mededelingsplicht heeft geschonden door geen opgave te doen van de rugklachten uit 2004. Verzekeraar heeft Consument daarbij tevens laten weten dat de verzekering, zo Consument wel melding gemaakt zou hebben van rugklachten, hij hiervoor geen dekking geboden zou hebben. Verzekeraar heeft dan ook aangekondigd dat hij de verzekering slechts wenst te continueren met een uitsluitingsclausule voor rugklachten, die met terugwerkende kracht vanaf de ingangsdatum van de verzekering wordt opgenomen. Verzekeraar heeft tevens teugbetaling gevorderd van de reeds gedane uitkeringen en Consument laten weten dat de persoonsgegevens van Consument zullen worden opgenomen in de gebeurtenissenadministratie en het interne verwijzingsregister van zijn maatschappij.
- 2.14 Na het doorlopen van de interne klachtprocedure bij Verzekeraar is het over dat standpunt dat Consument een klacht aan Kifid heeft voorgelegd.

3. Vordering, klacht en verweer

3.1 Vordering Consument

Consument vordert dat Verzekeraar het recht wordt ontzegd de reeds gedane uitkeringen terug te vorderen en hij verplicht wordt de over hem in de gebeurtenissenadministratie en het interne verwijzingsregister opgenomen persoonsgegevens te verwijderen. Consument vordert tevens dat verzekeraar de verzekering continueert zonder opname van een uitsluiting voor rugklachten. Consument vordert daarnaast vergoeding van de door hem gemaakte kosten buiten rechte ad € 5.105,15

3.2 Grondslagen en argumenten daarvoor

Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar te kort geschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van deze verzekering door zich jegens Consument op het standpunt te stellen dat deze zijn mededelingsplicht bij het aangaan van deze verzekering heeft geschonden, de eerder aan Consument uit hoofde van deze verzekering betaalde uitkeringen terug te vorderen en de persoonsgegevens van Consument in de gebeurtenissenadministratie van zijn maatschappij en het interne verwijzingsregister op te nemen.

Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Consument betwist dat er sprake was van echte rugklachten. Consument heeft dat zijn huisarts slechts laten weten omdat hij zich ziek had gemeld in het kader van een arbeidsconflict. Consument heeft het om die reden dan ook niet nodig geacht om dit te vermelden in de gezondheidsverklaring. Consument had ook niet kunnen weten dat dit voor verzekeraar van belang zou kunnen zijn. Verzekeraar heeft in de gezondheidsverklaring ook niet gevraagd naar alle huisartsenbezoeken die Consument in de daar voorafgaande jaren heeft gevraagd.
- Uit verklaringen van zowel de huisarts van Consument als diens fysiotherapeut, blijkt dat geen sprake was van *ernstige* klachten. Zo Consument daarvan wel melding had gemaakt bij het aanvragen van de verzekering, had nader onderzoek uitgewezen dat van rugklachten geen sprake was geweest. Consument betwist dan ook dat een uitsluitingsclausule aan de orde zou zijn geweest.
- Verzekeraar op wie een onderzoeksplicht rust, heeft een medische keuring laten verrichten waarbij ook medische informatie is opgevraagd. Daaruit is niet gebleken van fysieke klachten of gebreken die een dekkinguitsluiting zouden rechtvaardigen. Daarna is pas de verzekeringsovereenkomst tot stand gekomen. De grondslag voor het alsnog opnemen van een uitsluitingsclausule ontbreekt dus.
- Consument betwist dat hij een zeer zwaar beroep heeft. Verzekeraar onderbouwt dit ook niet. Bij het aanvragen van de verzekering verrichtte Consument inderdaad fysieke werkzaamheden als agrariër en chauffeur en hield hij zich bezig met het afbouwen van systeemplafonds en wat las- en constructiewerk. Het aansluiten van kabels, plaatsen van borden of besturen van vrachtwagens is fysiek werk maar niet zwaar belastend. In 2013 toen de herbeoordeling had plaatsgevonden, werkte Consument nog als uitvoerder. Van een fysiek zeer zwaar beroep is geen sprake.
- Ook al zou Consument zijn mededelingsplicht hebben geschonden, dat kan er niet toe leiden dat hij geen recht op uitkering zou hebben op grond van artikel 7.930 BW. De grondslag voor het terugbetalen van de uitkering ontbreekt.
- Er is geen grond om de persoonsgegevens van Consument op te nemen in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR. Consument ziet ook niet in dat er sprake is van een gebeurtenis die de zorg en aandacht van Verzekeraar vereisen. Consument

heeft ook niets verzwegen, heeft niet met opzet gehandeld en er is ook geen sprake van misleiding. De belangen van Consument prevaleren boven de belangen van Verzekeraar. Verzekeraar heeft geen belang bij opname van de gegevens van Consument. Verzekeraar heeft met de opname van de gegevens disproportioneel gehandeld.

3.2 Verweer

Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:

- Uit de, na de ziekmelding van Consument verkregen medische informatie van de huisarts en specialisten van Consument, bleek dat hij in de periode september-oktober 2004 tweemaal zijn huisarts had geraadpleegd in verband met rugklachten, dat hij daarvoor pijnstillers voorgeschreven had gekregen en dat hij voor die rugklachten zeven bezoeken aan een fysiotherapeut had gebracht. Deze informatie heeft Consument bij het aangaan van de verzekering niet vermeld. Had hij dat wel gedaan dan had de medisch adviseur van Verzekeraar hem het advies gegeven om een uitsluiting voor rugklachten op te nemen gezien het meer dan gemiddelde belastende beroep van Consument als klusjesman en diens nog jonge leeftijd waarop de klachten zich voordeden. Verzekeraar zou dat advies hebben opgevolgd. De stelling van Consument dat hij deze rugklachten heeft voorgewend omdat zij slechts bedoeld waren ter afdekking van een arbeidsconflict, wijst Verzekeraar af. Niet voor te stellen is immers dat de genoemde medische beroepsbeoefenaars meewerken aan het bewust voorwenden van klachten. Curatieve gegevens tonen bovendien een ander beeld. Terecht kon Verzekeraar Consument dan ook dekking voor rugklachten onthouden. De reeds aan Consument verstrekte uitkering wordt dan ook teruggevorderd.
- Verzekeraar heeft tevens aangevoerd dat hij ten onrechte uitkeringen uit hoofde van deze verzekering gedaan doordat Consument bij het aangaan van de verzekering onjuiste gegevens heeft verstrekt. De thans voorliggende stelling van Consument dat de rugklachten uit 2004 zouden zijn voorgewend, acht Verzekeraar ongeloofwaardig gezien de verstrekte medische gegevens uit de behandelend sector, die een ander beeld schetsen.
- Verzekeraar heeft tevens aangevoerd dat, zo Consument in 2013 om een herbeoordeling zou hebben gevraagd, de medisch adviseur van Verzekeraar een negatief advies zou hebben afgegeven. Ter zitting heeft Verzekeraar in dat kader mondeling toegelicht dat de acceptatieafdeling kan afwijken van een negatief advies van de medisch adviseur. Dat zou ook hier gebeurd zijn: zo Consument wel opgave had gedaan van de vermeende rugklachten bij het aangaan van de verzekering dan had hij in afwijking van het negatieve advies van zijn medisch adviseur, om commerciële redenen toch een uitsluiting voor rugklachten opgenomen, bovenop de twee reeds voorziene uitsluitingen voor de rechter enkel en het gezichtsvermogen.
- Als het gaat om de opname van de persoonsgegevens in de Gebeurtenissen administratie en het daaraan gekoppelde Interne Verwijzingsregister heeft verweerder betoogd dat de onware opgave die Consument deed bij het aangaan van de verzekering, als dusdanig (handelen) valt binnen de doelstelling van de van toepassing zijnde gedragscode. Van opzettelijke misleiding is niet gebleken, externe registratie was dan ook niet aan de orde.
- Ter onderbouwing van de termijn van acht jaar die Verzekeraar aanhoudt voor opname van de persoonsgegevens, heeft Verzekeraar aangevoerd dat het hier een arbeidsongeschiktheidsverzekering betreft, die per definitie een lange looptijd kent. Het daarmee gemoeide financiële belang prevaleert boven het belang van privacy van Consument. De ontkenning van Consument dat geen sprake is geweest van echte rugklachten schendt het vertrouwen van Verzekeraar in een zodanige mate dat het de schending van de persoonlijke levenssfeer van Consument rechtvaardigt.

4 Beoordeling

- 4.1 De Commissie ziet zich gesteld voor beantwoording van de vraag of Verzekeraar toerekenbaar te kort is geschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van deze verzekering door zich in deze kwestie jegens Consument op het standpunt te stellen dat
- 1) deze zijn mededelingsplicht bij het aangaan van deze verzekering in mei 2007 heeft geschonden door in de door hem ondertekende gezondheidsverklaring van 9 mei 2007 geen melding te maken van de hier aan de orde zijnde rugklachten uit 2004;
 - 2) hij, indien Consument deze rugklachten wel had vermeld, de verzekering slechts aangegaan zou zijn met een uitsluitingsclausule voor de hier vermeende rugklachten en
 - 3) hij Consument mitsdien geen uitkering had hoeven te verstrekken en hem daarom een vordering tot terugbetaling van de reeds door hem betaalde uitkeringen uit hoofde van deze verzekering, toekomt;
 - 4) De persoonsgegevens van Consument voor een periode van 8 jaar zullen worden opgenomen in zijn Gebeurtenissenadministratie en het daaraan verbonden Intern Verwijzingsregister.

De Commissie overweegt hiertoe het volgende.

- Ad 1) Ingevolge artikel 7:928 lid 1 BW is de verzekeringnemer verplicht om voor het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mee te delen die hij kent of behoort te kennen en waarvan hij weet of behoort te begrijpen dat de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen. Indien de verzekering wordt afgesloten op de grondslag van een door verzekeraar opgestelde vragenformulier, geeft de verzekeraar daarmee te kennen dat de gestelde vragen feiten betreffen waarvan de adspirantverzekeringnemer moet begrijpen dat daarvan de beslissing van de verzekeraar of en zo ja, op welke voorwaarden hij de verzekering wil afsluiten, afhangt of zou kunnen afhangen. Een niet juiste invulling kan er dan ook toe leiden dat de betreffende verzekeraar - dan wel diens gemachtigde - zich er in een later stadium bij de vraag of aan Consument een uitkering verschuldigd is, een en ander overeenkomstig het bepaalde in artikel 7:930 lid 3 en 4 BW, op beroept dat hij – indien hij tijdig op de hoogte was gesteld van de juiste stand van zaken – de verzekering niet of niet onder dezelfde condities zou zijn aangegaan. Bij de vraag of de verzwegen feiten voor de verzekeraar relevant zijn voor de acceptatiebeslissing geldt als uitgangspunt een toetsing aan het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar. Zie Parl. Gesch. titel 7.17 BW, Deventer: Kluwer 2007, p. 39 en Hof Den Bosch 24 maart 2015, ECLI:NL:GHSHE:2015:1073 r.o. 3.27.

De Commissie dient mitsdien in de eerste plaats vast te stellen of Consument verweten kan worden dat hij de rugklachten waarvoor hij in 2004 enkele malen zijn huisarts heeft bezocht en waarvoor deze hem heeft verwezen naar een fysiotherapeut, niet heeft aangekruist bij de daarover gestelde vraag in de gezondheidsverklaring.

Ter motivering van de vraag waarom Consument deze rugklachten niet heeft opgegeven in het gezondheidsformulier heeft deze samengevat aangevoerd dat er geen sprake was van reële rugklachten maar hij deze slechts heeft aangevoerd omdat hij, zo begrijpt de Commissie, Consument een reden moest hebben om zich ziek te melden gezien het arbeidsconflict met zijn voormalig werkgever dat op dat moment speelde.

Verzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat hij de later door Consument aangedragen verklaring dat geen sprake was van echte rugklachten, buiten beschouwing heeft kunnen laten omdat medische gegevens uit de behandelende sector het beeld bevestigen dat wel degelijk sprake is geweest van reële rugklachten. Dat verweer van Verzekeraar treft doel. Op grond van de voorhanden zijnde informatie uit het medische dossier van Consument moet ook de Commissie vaststellen dat zowel de huisarts van Consument als zijn behandelend fysiotherapeut als ook Consument gezien zijn aanvullende verklaring van 2 december 2014 bevestigen dat sprake is geweest van reële rugklachten. De in dit kader door Consument ingebrachte stelling dat er geen sprake was van echte rugklachten verdraagt zich niet met die feiten en moet mitsdien worden gepasseerd. Terecht heeft Verzekeraar dan ook aangenomen dat er sprake is geweest van reële rugklachten en zich daarom op het standpunt kunnen stellen dat Consument deze had moeten opgeven in de door hem ondertekende gezondheidsverklaring. Daarin wordt namelijk uitdrukkelijk geïnformeerd naar klachten van deze aard. Het verwijt van Consument dat Verzekeraar bij de totstandkoming van deze verzekering een eigen medisch onderzoek heeft uitgevoerd en daaruit niet is gebleken van enige rugklachten, doet daar niet aan af. Uitgaande van het gegeven dat Consument bij de keuring onvermeld heeft gelaten dat hij eerder rugklachten heeft ervaren, kan het goed zijn dat die lage rugklachten bij een regulier medisch onderzoek niet aan de oppervlakte komen. Daarvoor is een volledige anamnese en apart beeldvormend onderzoek nodig. Dat onderdeel van de klacht van Consument faalt mitsdien eveneens.

Het vorenstaande leidt tot de conclusie dat Consument zijn mededelingsplicht heeft geschonden door in de gezondheidsverklaring van 8 mei 2007 zoals ingevuld en ondertekend naar aanleiding van de aanvraag van deze verzekering, geen opgave te doen van zijn bezoeken aan de huisarts in de genoemde periode van 2004 en de daarop gebaseerde behandeling middels fysiotherapie.

- Ad 2) Nu niet-nakoming van de precontractuele mededelingsplicht door Consument vaststaat – zie ad 1 – komt de Commissie toe aan de vraag of een redelijk handelend verzekeraar, indien Consument wel opgave had gedaan van de vermeende rugklachten, de verzekering alleen was aangegaan met een uitsluiting voor rugklachten. Het door Verzekeraar op dit punt gevoerde verweer komt in de kern hierop neer dat hij, indien Consument deze rugklachten wel had vermeld, de verzekering slechts aangegaan zou zijn met een uitsluitingsclausule voor rugklachten en Consument daarom geen aanspraak op de verzekering kan maken. De Commissie kan Verzekeraar in zoverre in diens gedachtegang volgen dat een redelijk handelend verzekeraar, gezien het fysiek belastende beroep en de nog jonge leeftijd van Consument, inderdaad een uitsluiting had opgenomen voor lage rugklachten. Anders dan Verzekeraar aanneemt, had Consument dan conform de daarvoor geldende

GAV-aanbevelingen, echter aanspraak kunnen maken op een recht op herbeoordeling na ommekomst van een periode van vijf jaar. Consument heeft op de hoorzitting in dit kader aangevoerd dat hij in periode van 2007 tot 2012/2013 geen rugklachten heeft gehad noch dat hij daarvoor bij zijn huisarts of fysiotherapeut is geweest. Verzekeraar heeft dit niet betwist. Nu ook het medisch dossier van Consument diens opvatting in dit opzicht onderbouwt, moet de Commissie vaststellen dat een redelijk handelend verzekeraar, conform de daarvan geldende GAV-aanbevelingen, die uitsluiting na een herbeoordeling voor rugklachten zou hebben laten vervallen.

- Ad 3) Nu die herbeoordeling ook daadwerkelijk in 2013 heeft plaatsgevonden, staat daarmee vast dat Consument voor de onderhavige hernia-klachten wel degelijk een beroep op zijn verzekering toekwam. De door Verzekeraar verstrekte uitkeringen zijn dan ook terecht geweest. Dat Verzekeraar kennelijk een restrictiever acceptatiebeleid toepast, zoals hij heeft aangevoerd, maakt dat niet anders. Niet gesteld noch gebleken is immers dat Verzekeraar Consument dat afwijkende acceptatiebeleid voor de totstandkoming van de verzekering kenbaar heeft gemaakt. De klacht van Consument is in dat opzicht dan ook gegrond.
- Ad 4) Uitgaande van het bovenstaande ziet de Commissie zich gesteld voor beantwoording van de vraag of Verzekeraar voor de door hem aangehouden termijn van 8 jaar heeft kunnen overgaan tot opname van de persoonsgegevens van Consument in zijn Gebeurtenissenadministratie en het daaraan gekoppelde Interne Verwijzingsregister. Het toetsingskader voor de onderhavige registratie wordt gevormd door de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen (verder GVPFI). Ingevolge artikel 4.1 GVPFI worden persoonsgegevens in overeenstemming met de wet en op behoorlijke en zorgvuldige wijze verwerkt. Van een zorgvuldige gegevensverwerking is sprake als de desbetreffende gegevens voor welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden worden verwerkt. Dit vereiste is nader uitgewerkt in artikel 4.3 en artikel 5 GVPFI. Ingevolge artikel 5.5.1 GVPFI kunnen, ten behoeve van de veiligheid en integriteit van de financiële sector, persoonsgegevens die betrekking hebben op (onder meer) gebeurtenissen die de zorg en aandacht behoeven van de financiële instelling, worden opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie. Het gaat daarbij om zaken die de veiligheid en integriteit van de instelling, die haar werknemers, klanten, overige relaties maar ook de financiële sector als geheel (kunnen) raken. Gebeurtenissen die een kleine impact, maar ook grote gevolgen kunnen hebben. In de toelichting op de GVPFI is hierover opgemerkt dat het kan gaan om uiteenlopende gebeurtenissen: van een melding van een gestolen laptop tot het vermoeden dat iemand betrokken is bij een vorm van fraude of criminaliteit. Indien opname in de Gebeurtenissenadministratie gerechtvaardigd is, kunnen de verwijzingsgegevens ook in het daaraan gekoppelde IVR worden opgenomen. Voor de vraag of registratie gerechtvaardigd is, is voorts van belang of voldaan is aan de beginselen van subsidiariteit en proportionaliteit. Zie hiervoor de uitspraken van de Geschillencommissie onder nummers 2016-072 en 2016-255 en Rb. Midden-Nederland | 1 januari 2017, ECLI:NL: RBMNE:2017:49 r.o. 4.2 en 4.13 e.v.

Zoals de Commissie hierboven onder Ad I heeft overwogen, heeft Consument zijn mededelingsplicht bij het aangaan van deze verzekering geschonden. Anders dan Consument heeft aangevoerd is dat voldoende om te kwalificeren als een gebeurtenis in de zin van het GVPFI, dat wil zeggen een situatie die bijzondere zorg en aandacht behoeft. Dat rechtvaardigt dan ook opname van de persoonsgegevens van Consument in de Gebeurtenissenadministratie van Verzekeraar, in combinatie met een opname van de gegevens in het IVR.

Voor wat betreft het hierboven genoemde subsidiariteitsvereiste stelt de Commissie vast dat een lichtere maatregel dan registratie in de Gebeurtenissenadministratie en het daaraan gekoppelde Interne Verwijzingsregister, om het beoogde doel te bereiken, niet voorhanden is, zodat voldaan is aan het beginsel van subsidiariteit. Als het ten slot gaat om de proportionaliteit van de consequenties verbonden aan de door Verzekeraar doorgevoerde registratie van de persoonsgegevens van Consument, merkt de Commissie op dat de registratie ingevolge artikel 4.3 sub f GVPFI proportioneel dient te zijn, hetgeen kort gezegd inhoudt dat het belang van Verzekeraar bij registratie prevaleert boven de nadelige gevolgen daarvan voor Consument. Verzekeraar heeft zijn belang bij registratie uiteengezet. Consument heeft de gezondheidsverklaring niet naar waarheid ingevuld. Daarmee is sprake van een tegen Verzekeraar gerichte schending van een wettelijk voorschrift, te weten artikel 7:928 BW. Een registratie van acht jaar in het Interne Verwijzingsregister kan in het onderhavige geval als proportioneel worden aangemerkt gezien het ook langjarige contract dat een arbeidsongeschiktheids-verzekering doorgaans vormt en het grote daaraan voor Verzekeraar verbonden financieel belang. Verzekeraar heeft er dan naar het oordeel van de Commissie terecht toe kunnen over gaan om de persoonsgegevens van Consument voor de duur van een periode van acht jaar op te nemen in diens Gebeurtenissenadministratie en daaraan gekoppelde Intern Verwijzingsregister. Dit onderdeel van de klacht van Consument is mitsdien ongegrond.

- 4.2 Het vorenstaande moet tot de conclusie leiden dat Verzekeraar tegenover Consument toerekenbaar te kort is geschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van deze verzekering. Verzekeraar heeft Consument dan ook terecht een uitkering uit hoofde van deze verzekering verstrekt. De vordering van Consument dat Verzekeraar geen aanspraak kan maken op terugbetaling komt mitsdien voor toewijzing in aanmerking. Dat laatste geldt niet voor de vordering van Consument tot dat Verzekeraar de over hem opgenomen persoonsgegevens in diens gebeurtenissen-administratie en Intern Verwijzingsregister, verwijdt. De door Consument gemaakte kosten in verband met het bij Kifid aanhangig maken van de klacht en de behandeling daarvan, komen voor vergoeding in aanmerking conform het liquidatietarief Kifid (kostenvergoeding voor rechtsbijstand) behorend bij artikel 44.1 Reglement Ombudsman en Geschillencommissie Financiële Dienstverlening (Kifid), zoals van toepassing tot 1 januari 2017. Voor deze onderdelen wijst de Commissie, uitgaande van tarief V, op basis van twee procentpunten t.w. één voor de gehele schriftelijke fase en één voor de mondelinge behandeling van deze kwestie, een bedrag toe van € 1.000,-.

Voor de door Consument gemaakte reiskosten, kent de Commissie, zoals gevorderd een bedrag toe van € 31,35. De door Consument tevens gevorderde inkomstenderving ad € 500,- kan niet worden toegewezen. Eén uitgangspunt van het Nederlandse Rechtssysteem is dat een ieder in beginsel zijn eigen schade draagt, tenzij er gronden zijn om de schade op de veroorzaker te verhalen. Alleen wanneer de omvang van de schade dat wil zeggen, de door Consument gestelde inkomstenderving, voldoende is komen vast te staan en tevens is aangetoond dat de schade het gevolg is van de tekortkoming van de wederpartij bestaat voldoende rechtsgrond om die schade te kunnen verhalen. Daarvan is de Commissie niet gebleken.

5. Beslissing

De Commissie beslist dat Verzekeraar

- 1) geen aanspraak kan maken op terugbetaling van de rechtens door hem aan Consument uit hoofde van deze verzekering verstrekte uitkeringen
- 2) binnen vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstrekt, aan Consument een bedrag vergoedt van € 1.031,35.

Al het meer of anders gevorderde wijst de Commissie af.

De uitspraak heeft de vorm van een niet-bindend advies. Tegen deze uitspraak staat geen hoger beroep open bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 46 van het Reglement.